

ANEXO C

REQUERIMENTO/AUTORIZAÇÃO PARA AQUISIÇÃO DE PCE - **RESTRITO**
(INTEGRANTES DE ÓRGÃOS E INSTITUIÇÕES PÚBLICAS)

REQUERIMENTO/AUTORIZAÇÃO PARA AQUISIÇÃO DE PCE

 EXÉRCITO BRASILEIRO COMANDO DA 7ª REGIÃO MILITAR	() Deferido Autorização nº _____ de ____ / ____ / ____ Validade: ____ / ____ / ____ () Indeferido Motivos: _____ Chefe SFPC/7ª RM	QRCODE
--	--	--------

1. IDENTIFICAÇÃO DO ADQUIRENTE

Cargo:	Nome:		
Identidade:	CPF:	E-mail:	
Endereço de entrega:			
Cidade/UF:		Telefone:	

2. PRODUTOS CONTROLADOS A SEREM ADQUIRIDOS

Produto	Marca	Modelo	Calibre	Quantidade

3. ANEXOS

- Cópia da identificação pessoal.
- Cópia da GRU e do comprovante de pagamento da taxa de aquisição de PCE.
- () Comprovante de Residência

4. SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Requeiro autorização para aquisição dos produtos controlados relacionados, de uso **RESTRITO**.

A quantidade de armas de fogo a serem adquiridas, somadas às que possuo, não excede a quantidade prevista nas normas aprovadas pela Portaria nº 167 - COLOG/C EX, DE 22 DE JANEIRO DE 2024.

Declaro que não estou respondendo a inquérito ou a processo criminal por crime doloso.

Foi paga a taxa da aquisição de PCE.

____ / ____ / ____ Data da assinatura	Assinatura digital (.gov.br ou ICP-Brasil) Requerente
--	--

5. PARECER DO ÓRGÃO DE VINCULAÇÃO DO ADQUIRENTE

- () Favorável
Encaminhe-se à Seção de Fiscalização de Produtos Controlados (SFPC) para autorização.
() Desfavorável
Motivos: _____

Assinatura digital (.gov.br ou ICP-Brasil)
Órgão de vinculação

6. EXCLUSIVO PARABMILITARES INATIVOS

O MILITAR É PORTADOR DE CID DE NATUREZA PSICOLÓGICA: () SIM () NÃO
DIR. JUNTA ESP. SAÚDE. () DEFIRO () INDEFIRO _____

OBS: _____ Motivação

DIRETOR DA JUNTA MÉDICA ESPECIAL DE SAÚDE

